INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
FORMULARIO PARA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

1) DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:

Tipo de Identificación: ☐ Cédula ☐ Cédula de Residencia ☐ Pasaporte ☐ Otro

N° de Identificación:	Edad:

2) ANTECEDENTES

Patológicos:	No Patológicos:

3) SIGNOS VITALES

Talla: (m)	Peso: (Kg)	IMC:	PA:	FC:	SAT O_2:

FR:	Perímetro Abdominal:	Frecuencia Sinusal normal: Si ☐ No ☐

4) EXAMEN CARDIOVASCULAR

Soplos Abdominales:	Pulsos Periféricos:	Fondo de Ojo:

Auscultación Cardiaca:

Otros hallazgos:

5) EXAMEN PULMONAR

Auscultación:

6) Diagnóstico Clínico y Recomendaciones

7) Interpretación Electrocardiológica:

Ritmo Sinusal Normal: Si ☐ No ☐

Eje: Normal ☐ Desviado a la Izquierda ☐

Fc:	Intervalo PR:
Complejo QRS:	Intervalo QT corregido:

Datos de Isquemia:

Inversión de onda T: Si ☐ No ☐ _____

Infradesnivel del ST: Si ☐ No ☐ _____

Supradesnivel del ST: Si ☐ No ☐ _____

Onda patológica específica:

Presencia de arritmia: Si ☐ No ☐ Tipo: _____

8) Exámenes adicionales recomendados:

MAPA ☐

Holter ☐

Prueba de Esfuerzo ☐

Ecocardiograma ☐

ECO estrés ☐

Motivo por el cual lo recomienda: _____

_____

Otros hallazgos:

9) Conclusión:

Médico: _____

Código: _____

Firma: _____

Sólo los seguros del INS tienen la garantía del Estado.